

vedl.
✓

Lis Flødstrup

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 22. februar 2008 13:12
Til: Lis Flødstrup
Emne: VS: Høringssvar vedr. ændring af Sundhedsloven m.fl.
Vedhæftede filer: CaseNo07-2814_#739089_v1_Høringssvar vedrørende ændring af Sundhedsloven m.fl..doc; CaseNo07-2814_#739128_v1_Konkrete bemærkninger til høring om ændring af Sundhedsloven m.fl.(2).doc; header.htm

Venlige hilsener

Jette
lok. 69459

Fra: Trine Friis, TFR [mailto:tfr@regioner.dk]
Sendt: 22. februar 2008 12:45
Til: Jette Vind Blichfeldt; Sundhedsministeriet
Cc: Lisbeth Nielsen, LIN; Niels Knuth Federspiel, NKF; Martin Thor Hansen, MTH; Tommy Kjelsgaard, TK; Mikkel Lambach, MLA; Thorkild Rotenberg, THR; Pernille Moll, PMO; Carina Bock, CBO; Lisbeth Simper Elmstrøm, LSE; Kirsten Jørgensen, KJ; Thomas Birk Andersen, TAD; bjarne.aabye@regionsyddanmark.dk; jette.siefert@stab.rm.dk; karesj@regionsjaelland.dk; lars.kinnerup@regionh.dk; tala@rn.dk; Lone Christiansen, LC; Janet Samuel, JSA; Peder Ring, PR; Anne Jastrup; Flemming Nielsen; Hanne Paag; Hanne Søndergaard; Jane Kraglund; Jens Elkjær; Kirsten Nielsen; Kjeld Martinussen; Lars Kinnerup; Lars Onsberg Henriksen; lvp@rm.dk; Lone Dueholm; Merete Lange; Morten Rand Jensen; Niels Mortensen; Per Christiansen; Peter Larsen; Simon Andersen; Svend Hartling; Trine Ravn
Emne: Høringssvar vedr. ændring af Sundhedsloven m.fl.

Vedlagt fremsendes Danske Regioners høringssvar vedr. ændring af Sundhedsloven m.fl.

Med venlig hilsen

Trine Friis
Seniorkonsulent
Kontoret for sundhedspolitik

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

T 35 29 82 01
F 35 29 83 37
E tfr@regioner.dk

Officiel post bedes sendt til
regioner@regioner.dk

www.regioner.dk

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

25 FEB. 2008

akt 203

22-02-2008

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Att. Jette Vind Blichfeldt

DANSKE
REGIONER



22-02-2008

Sag nr. 07/2814

Dokumentnr. 11626/08

Høringssvar vedrørende ændring af Sundhedsloven m.fl.

Danske Regioner har fået fremsendt udkast til ændring af Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer.

På grund af tidsfristen har det ikke været muligt at behandle ændringsforslagene politisk. Derfor skal Danske Regioner forbeholde sig ret til at komme med yderligere bemærkninger, når foreningens høringssvar har været forelagt politisk.

Danske Regioner har nogle overordnede bemærkninger til de enkelte elementer i lovforslaget. Derudover er der mere konkrete tekstnære bemærkninger til lovforslaget anført i **vedlagte** notat.

Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge

Danske Regioner finder det positivt, at psykisk syge børn og unge ligestilles med mennesker med somatiske sygdomme om ret til hurtig udredning og behandling.

Lovforslaget indfører ret til undersøgelse den 1. august 2008 og til behandling den 1. januar 2009. Lovforslaget bygger samtidig på en forventning om, at børne- og ungdomspsykiatrien skal udvide sin behandlingskapacitet med 50 pct. Det er Danske Regioners vurdering, at børne- og ungdomspsykiatrien vil få vanskeligt ved at imødekomme dette krav. Foreningen forslår at denne ret indføres over 3-4 år.

07-02-2008
Dokumentnr. 11626/08
11626/08-1

07-02-2008
Dokumentnr. 11626/08
11626/08-1

Danske Regioner vil understrege, at der også er behov for at indsatsen for psykisk skrøbelige børn og unge effektiviseres og udbygges for at leve op til lovforslags intention om at "... at børne- og ungdomspsykiatrien ikke optages af arbejde, som fagligt forsvarligt og hensigtsmæssigt kan udføres af andre faggrupper, herunder i andre sektorer."

Udvidet frit valg ved aflyst behandling

Danske Regioner er enige i, at hensigtsmæssig planlægning af operationskapaciteten kan nedsætte risikoen for aflyste behandlinger, men samtidig vil aflysninger aldrig helt kunne undgås, så længe systemet stadig skal være omkostningseffektivt.

Forslaget tilgodeser primært patienter med mindre og ikke-livstruende lidelser, og Danske Regioner finder det derfor nødvendigt at genoverveje, om det er en fornuftig anvendelse af de knappe ressourcer (økonomiske og personalemæssige) i sundhedsvæsenet.

Danske Regioner mener, at forslaget bør revideres, så det tager hensyn til den nødvendige fleksibilitet i det offentlige sundhedsvæsen, eksempelvis så rettigheden ikke udløses automatisk, men afhænger af, om det offentlige sundhedsvæsen kan give et nyt tilbud om behandling inden for en rimelig frist.

Frit og udvidet valg til diagnostiske undersøgelser

Danske Regioner gør opmærksom på, at en sådan ordning er en udvidelse af det udvidede frie sygehusvalg, og dermed vil medføre stigende udgifter til ordningen. Danske Regioner er således ikke enige i, at lovforslaget er udgiftsneutralt for det offentlige sundhedsvæsen.

Forslaget tilgodeser primært patienter med mindre og ikke-livstruende lidelser, og Danske Regioner finder det derfor nødvendigt at genoverveje, om det er en fornuftig anvendelse af de knappe ressourcer (økonomiske og personalemæssige) i sundhedsvæsenet.

I forvejen er området for diagnostik et af de områder, hvor aktiviteten på de private aftalesygehuse er størst – og samtidig er det ét af de områder, hvor der hersker størst uklarhed omkring fortolkningen af lovgivningen. Danske Regioner finder ikke, at det i lovforslaget er afklaret, hvorvidt patienter, der er henvist fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge, udeluk-

kende kan benytte det udvidede frie sygehusvalg til undersøgelse, eller om deres rettighed også gælder den efterfølgende behandling. Danske Regioner finder det vigtigt at sikre, at det kun er til de diagnostiske undersøgelser, patienterne får adgang til udvidet frit valg – ikke selve behandlingen – da patienterne jo er i gang med et forløb hos enten praktiserende læge eller speciallæge.

Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene

Danske Regioner finder intentionen i lovforslaget positiv ud fra et patientperspektiv. Danske Regioner vil anmode om, at lovforslagets udformning tager højde for de aktiviteter, der allerede er igangsat på området, og de erfaringer man har gjort sig.

Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Danske Regioner er overordnet meget tilfreds med reglerne om patientsikkerhed udvides til at omfatte hele den primære sundhedssektor og giver patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser. Udvidelsen af loven giver mulighed for et betydeligt løft af patientsikkerheden særlig i sektorovergangene. Med udvidelsen finder Danske Regioner, at der er taget endnu et vigtigt skridt til at højne patientsikkerheden i det danske sundhedsvæsen.

Danske Regioner noterer desuden med tilfredshed, at regionerne får den samlede opgave med at modtage, analysere og skabe læring af de rapporterede hændelser i sundhedsvæsenet – med undtagelse af hændelser i kommunerne.

Danske Regioner finder det positivt, at lovforslaget tager højde for at der er behov for et aftalemæssigt grundlag mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne, mellem regioner og praksissektoren i det eksisterende aftalesystem og i retningslinjer mellem regioner og apoteker.

Regionerne har omfattende erfaring med udvikling af patientsikkerhedstiltag og ved fra dette arbejde, at særligt det at etablere viden om patientsikkerhed, en lærende kultur og organisere feedback i en decentral organisation kræver betydelig indsats. Introduktion af patientsikkerhed i mindre, decentrale enheder nødvendiggør udvikling af metoder og organisering af patientsikkerhedsarbejdet og kan ikke sammenlignes direkte med organisering af patientsikkerhed på sygehusene. Derfor er det væsentligt, at der allokeres

tilstrækkelige ressourcer til opgaven hvis udvidelsen til hele sundhedsvæsenet skal blive en succes.

Side 4

Danske Regioner har følgende overordnede forbehold og synspunkter i forhold til loven, som er uddybet i **vedlagte** bilag:

1. Patienter og pårørende bør kunne rapportere til alle sektorer fra start og ikke som foreslået forskudt til hhv. sygehuse og primærsektor. Antallet af rapporteringer vil efter Danske Regioners mening initialt være af et så begrænset omfang, at samtlige sektorer kan håndtere dette. Der er dog behov for grundig information af offentligheden for at undgå forveksling med klagesystemet og de dertil knyttede regler.
2. Begrænsningen af rapporteringspligten til ”betydende hændelser” bør fjernes fra lovforslaget. Erfaringen viser, at definitionen giver anledning til usikkerhed om, hvilke hændelser der skal rapporteres.
3. Begrænsningen i den kommunale rapportering til medicin, fald og sektorovergange bør ligeledes fjernes, så grundlaget er ens på tværs af sektorer og tager udgangspunkt i de oplevede hændelser.
4. Det bør understreges yderligere, at regioner, kommuner, apoteker og de enkelte behandlergrupper i praksissektoren er forpligtet til at iværksætte en organisering, der kan løfte opgaven herunder samarbejde om utilsigtede hændelser i sektorovergange. Parterne bør også være forpligtet til at arbejde aktivt med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed herunder læring, videndeling og ændring af daglig praksis.
5. Dansk PatientSikkerheds Database (DPSD) version 2 bør være praktisk afdruget og i fuld drift inden de nye grupper pålægges at rapportere utilsigtede hændelser.
6. Sundhedsstyrelsens anbefalinger på baggrund af de rapporterede hændelser bør afstemmes med eksempelvis Den Danske Kvalitetsmodel, Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer og gennemgå en høringsproces forud for udsendelse.

Udvidet adgang til Medicinprofilen

Danske Regioner er positive overfor, at der med lovforslaget skabes rammer for etablering af et opdateret, enstrengt informationsgrundlag for den enkelte borgers medicinanvendelse.

Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne

Danske Regioner finder, at lovforslaget lægger op til en fornuftig arbejdsdeling mellem de generelle, sundhedsmæssige behandlingstilbud i praksissektoren i regionerne og de lokale, kommunale tilbud om træning m.v. til ældre og handicappede. Der er valgt en løsning, som fjerner mulige incitamenter til "kassetænkning" og samtidig sikrer sammenhæng mellem behandlingstilbuddene i sundhedssektoren. Med den udtalte grad af valgfrihed sikres det også, at patientens behov og ønsker sættes i centrum, ligesom valgfrihed skaber rum for en sund konkurrence mellem tilbuddene i praksissektoren og i regioner og kommuner. Denne konkurrence kan potentielt bidrage til at øge fokus på patienternes ønsker og behov og sætte patienten i centrum. Danske Regioner er især enig i, at den almindelige fysioterapi med egenbetaling fastholdes i praksissektoren under regionernes myndighedsansvar. Almindelig fysioterapi indgår i det samlede patientforløb og skal ses i sammenhæng med de øvrige behandlingstilbud i sygehus- og praksissektoren.

Det nationale forebyggelsesråd

Danske Regioner finder det positivt og naturligt at samle ressourcerne omkring forebyggelsesindsatsen i ét råd samt at det nationale forebyggelsesråd indgår et formaliseret samarbejde med regionerne vedrørende forebyggelse.

Økonomi

Med hensyn til økonomien forventes det, at regionerne kompenseres i forbindelse ved de efterfølgende DUT-forhandlinger.

Med venlig hilsen

Lone Christiansen

/

Janet Samuel

NOTAT

DANSKE
REGIONER



21-02-2008

Sag nr. 07/2814

Dokumentnr. 11665/08

Trine Friis

Tel. 35 29 82 01

E-mail: TFR@regioner.dk

Konkrete bemærkninger til høring om ændring af Sundhedsloven m.fl.

I dette bilag præciseres Danske Regioners konkrete bemærkninger til ændringerne af Sundhedsloven m.fl.

Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge

Målgruppen

Målgruppen for lovforslaget er personer, som ikke er fyldt 19 år. Samtidig anbefaler Sundhedsstyrelsen, at børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe er børn og unge i alderen op til 18 år.

Regionerne har brugt en stor del af 2007 på at udarbejde psykiatriplaner. Regionerne har i dette arbejde taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Danske Regioner finder, at lovforslaget bør følge Sundhedsstyrelsens anbefalede målgruppe for børne- og ungepsykiatrien. Alternativt vil regionerne skulle opbygge procedurer i voksenpsykiatrien til at sikre de 18-19-årige udrednings- og behandlingsret.

Henvisning

Ifølge bemærkningerne til lovforslaget kan henvisning til udredning komme fra praktiserende læge, pædagogiske og/ eller psykologiske rådgivning samt anden henvisningsinstans.

Der er i lovforslaget uklarhed om regionernes mulighed for at stille krav til dokumentationen og oplysningerne bag en given henvisning. Danske Regioner anbefaler, at der i bemærkningerne til lovforslaget optages et afsnit om

dels henvisningernes oplysningsgrundlag og indhold dels kommunernes forpligtelse til at sørge herfor.

Side 2

Endelig synes det med forslaget uklart, hvad "anden henvisningsinstans" kan være. Danske Regioner skal efterlyse en uddybning heraf i lovbemærkningerne.

Undersøgelse og behandling

Lovforslaget skarpe sondring mellem undersøgelse og behandling vil give problemer. Eftersom udredning og behandling i faglig sammenhæng anses for værende to forhold, der er yderst integrerede, må det anføres, at det ikke er meningsfyldt klinisk at arbejde med to forskellige garantier, da der således risikeres nogle uhensigtsmæssige brud i forløbet, der ellers ikke ville opstå.

Den forventede fastsættelse af separat takstbetaling for udredning og behandling vil samtidig risikere at skabe en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur som bl.a. ikke belønner sammenhængende behandlingsforløb.

Det er Danske Regioners anbefaler, at indfasningen ikke skeer ved at adskilles af udredning og behandling men via at nedsætte fristen for ret til behandling f.eks. år 1: 6 måneder, år 2: 4 måneder år 3: 2 måneder.

Lovforslaget indebærer en ret for patienter, som er blevet undersøgt på et godkendt privatejet sygehus eller klinik til at blive behandlet på det pågældende sygehus eller klinik, hvis behandlingen kan tilbydes i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen. Dette indebærer, at regionernes sygehusvæsen er frataget muligheden for at tage stilling til den pågældende patients behandlingsbehov og muligheden for behandling i regionen eller evt. i praksissektoren, men desuagtet er forpligtet til at finansiere behandlingen i privatejet sygehus eller klinik. Forslaget indebærer en risiko for overbehandling og vil kunne medføre unødige udgifter for regionerne til behandling i privat regi. Danske Regioner finder dette uhensigtsmæssigt og udgiftsdrivende.

Indfasning

Lovforslaget indfaser ret til undersøgelse den 1. august 2008 og til behandling den 1. januar 2009. Lovforslaget bygger samtidig på en forventning om, at det børne- og ungdomspsykiatriske speciale skal udvide sin behandlingskapacitet fra i dag at behandle ca. 1 pct. af en børneårgang til 1. januar 2009 at tilbyde undersøgelse og behandling af 1½ pct. Det svarer til en ud-

videlse af specialet på 50 pct. Det er Danske Regioners vurdering, at børne- og ungdomspsykiatrien vil få vanskeligt ved at imødekomme dette krav. Foreningen forslår at denne ret indføres over 3-4 år.

Foreningen er bekymret for at regeringens forslag om hurtig indfasning vil resultere at faglige kompetencer vil flytte fra offentligt til privat regi. Det vil kunne betyde at et ungt speciale under opbygning som børne- og ungdomspsykiatri vil have vanskeligt ved at opbygge de nødvendige kompetencer.

Udvidet frit valg ved aflyst behandling

Når planlagte operationer aflyses, er det ikke sjældent, fordi de må vige for akutte ikke-planlagte operationer. Denne fleksibilitet skal der være i sundhedsvæsenet, da der ellers ville skulle være en betydelig og bekostelig overskudskapacitet. Danske Regioner er enige i, at hensigtsmæssig planlægning af operationskapaciteten kan nedsætte risikoen for aflyste behandlinger, men samtidig vil aflysninger aldrig helt kunne undgås, så længe systemet stadig skal være omkostningseffektivt.

Forslaget tilgodeser primært patienter med mindre og ikke-livstruende lidelser, og Danske Regioner finder det derfor nødvendigt at genoverveje, om det er en fornuftig anvendelse af de knappe ressourcer (økonomiske og personalemæssige) i sundhedsvæsenet.

Danske Regioner mener, at forslaget bør revideres, så det tager hensyn til den nødvendige fleksibilitet i det offentlige sundhedsvæsen, eksempelvis så rettigheden ikke udløses automatisk, men afhænger af, om det offentlige sundhedsvæsen kan give et nyt tilbud om behandling inden for en rimelig frist. Endvidere skal der tages hensyn til de tilfælde, hvor årsagen til aflysningen skyldes forhold hos patienten, f.eks. at patienten har fået feber, eller ikke som aftalt har været fastende eller er holdt op med at ryge. Der bør også skelnes mellem en situation, hvor patienten skriftligt eller mundtligt inden behandlingen får datoen ændret og en situation, hvor behandlingen aflyses på selve dagen (f.eks. som følge af pludselig sygdom eller akutte behandlinger). I førstnævnte tilfælde, bør fordres nogle tidsfrister af patienten vedr. tilbagemelding. Desuden findes det ikke rimeligt, at hvis behandling udsættes pga. en force majeure situation, og hvor der tilbydes behandling den næstfølgende hverdag, at patienten så skulle have krav på udvidet frit valg.

Det bør desuden være en forudsætning, at aftalesygehuset kan tilbyde patienten en hurtigere tid end det offentlige sygehus (Region Midt, Region Hovedstaden).

Forslaget bør præciseres, så det afklares, om det også gælder, hvis behandlingsdatoen ændres til et tidligere tidspunkt – altså til gunst for patienten (Region Nord, Region Hovedstaden). I den forbindelse bør det også afklares, om der er en bagatelgrænse, forstået således, at der bør kunne skelnes i mellem om den planlagte dato f.eks. ændres én eller to dage eller 1 måned. Spørgsmålet er, om retten ikke også bør afhænge af, hvor stor genen for patienten er (Region Hovedstaden).

Forslaget vil medføre øgede krav til sygehusenes informationsindsats overfor patienter, hvis behandling aflyses.

Danske Regioner er ikke enige i, at lovforslaget er udgiftsneutralt for det offentlige sundhedsvæsen. Tværtimod må ændringen forventes at medføre forøgede udgifter, idet et større antal patienter får adgang til at benytte ordningen om udvidet frit sygehusvalg.

Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

Forslaget indebærer, at patienter der er henvist til undersøgelse får ret til frit sygehusvalg under samme vilkår, som hvis der er tale om behandling. Danske Regioner gør opmærksom på, at denne ændring medfører en øget administrativ byrde for regionerne, idet patienterne fremover vil kunne henvises til en anden region end bopælsregionen til undersøgelse og derefter vende tilbage til bopælsregionen til behandling.

Det bør være en forudsætning, at forslaget kun skal gælde i de tilfælde, hvor henvisningen er helt entydig, samt at der stilles krav til udformningen af speciallægenes henvisninger. I det hele taget er forslaget ikke klart nok for så vidt angår uklare diagnoser, det bør præciseres nærmere, hvilke rettigheder patienter har, når de henvises til en afklarende forundersøgelse på sygehus.

Derudover indebærer forslaget, at patienter, der af praktiserende læge eller praktiserende speciallæge er henvist til en diagnostisk undersøgelse på et offentligt sygehus, får mulighed for at benytte det udvidede frie sygehusvalg, hvis ventetiden til den diagnostiske undersøgelse overstiger 1 måned – også selvom de er i gang med et forløb hos en praktiserende læge eller spe-

ciallæge. Danske Regioner gør opmærksom på, at en sådan ordning er en udvidelse af det udvidede frie sygehusvalg, og dermed vil medføre stigende udgifter til ordningen. Danske Regioner er således ikke enige i, at lovforslaget er udgiftsneutralt for det offentlige sundhedsvæsen.

Forslaget tilgodeser primært patienter med mindre og ikke-livstruende lidelser, og Danske Regioner finder det derfor nødvendigt at genoverveje, om det er en fornuftig anvendelse af de knappe ressourcer (økonomiske og personalemæssige) i sundhedsvæsenet.

I forvejen er området for diagnostik et af de områder, hvor aktiviteten på de private aftalesygehuse er størst – og samtidig er det ét af de områder, hvor der hersker størst uklarhed omkring fortolkningen af lovgivningen. Danske Regioner finder ikke, at det i lovforslaget er afklaret, hvorvidt patienter, der er henvist fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge, udelukkende kan benytte det udvidede frie sygehusvalg til undersøgelse, eller om deres rettighed også gælder den efterfølgende behandling. Danske Regioner finder det vigtigt at sikre, at det kun er til de diagnostiske undersøgelser, patienterne får adgang til udvidet frit valg – ikke selve behandlingen – da patienterne jo er i gang med et forløb hos enten praktiserende læge eller speciallæge.

Forslaget vil medføre nye og øgede krav til sygehusenes informationsindsats overfor denne patientgruppe.

Forslaget vil endvidere berøre overenskomsterne mellem RLTN og lægernes organisationer.

Forslaget forudsætter, at der er adgang til oplysninger om ventetid på undersøgelser (nødvendigt i forhold til patientinfo). Derfor bør det være lettere, end det er i dag, løbende at få optaget nye undersøgelser i venteinfo.dk.

Det må forventes, at lettere adgang i form af kortere ventetid til undersøgelser vil føre til en øget aktivitet. Danske Regioner tager forbehold for de merudgifter det vil medføre.

Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene

Kontaktpersonordningen er en del af økonomiaftalen for 2005 mellem amterne/H:S. Regionernes fokus på behandlingskvalitet og kvalitetsudvikling omfatter patientens oplevelse af kvalitet, kontinuitet og tryghed. Regioner-

ne arbejder derfor målrettet med kontaktpersonordningen. For at øge dækningsgraden arbejder Danske Regioner med at præcisere kontaktpersoners ansvar og de vejledninger der beskriver ordningen. Med lovforslaget bliver dette en opgave for ministeriet, som Danske Regioner gerne bidrager til.

Danske Regioner finder intentionen i lovforslaget positiv ud fra et patientperspektiv. Danske Regioner vil anmode om, at lovforslagets udformning tager højde for de aktiviteter, der allerede er igangsat på området, og de erfaringer man har gjort sig. Det skal indledningsvis påpeges, at patienternes behov for en kontaktperson er meget varierende.

Det er derfor hensigtsmæssigt, at der efterlades rum til, at den enkelte kontaktpersons opgaver og funktioner kan afhænge af det enkelte patientforløb og dermed tilrettelægges lokalt.

Danske Regioner mener, at en detaljeret lovgivning på området kan fremtvinge ufleksible løsninger uden den fornødne effekt på patienternes oplevelse af kontinuitet. Det synes for eksempel i langt de fleste tilfælde ikke relevant, at personer med en eller to ambulante kontakter skal have tildelt en kontaktperson.

Danske Regioner foreslår derfor at der åbnes mulighed for at kontaktpersonordningen målrettes udvalgte patientgrupper, således at regionerne (regionsrådet) kan afgrænse målgruppen.

En mere målrettet indsats for udvalgte patientgrupper vil bidrage til en mere optimal udnyttelse af ressourcerne, hvormed lovforslagets grundtanke om kvalitet, sammenhæng og tryghed under indlæggelse og i ambulante forløb vil blive prioriteret i implementeringen.

Den kvartalsvise monitorering forudsættes ændret i forbindelse med lovens ikrafttrædelse, så den derefter finder sted halvårligt i regi af Den Danske Kvalitetsmodel. Det forudsætter desuden, at der foretages en koordinering af ordlyden med Den Danske Kvalitetsmodel.

I bemærkningerne er anført, at kontaktpersonerne skal være sundhedspersoner, der medvirker i behandlingen af den pågældende patient. En del patientforløb går på tværs af afdelinger. Kontaktpersonordningen kan ikke fungere på tværs af afdelinger, hvis der fastholdes, at *kontaktpersoner skal være sundhedspersoner, der medvirker i behandling af den pågældende patient*. Ex. Hvis samme sundhedsperson skal bevare ansvaret for patienter, når

denne for eksempel flytte fra en kirurgisk afdeling til en medicinsk afdeling på samme hospital. En sådan ordning vil ikke kunne implementeres under den gældende hospitalsstruktur, idet ansvaret for og viden om patientens aktuelle behandling henføres hos den modtagne afdeling.

Det bør, som anført i det tidligere høringssvar, afklares hvilket formelt ansvar for patienten, der af lovforslaget juridisk følger med at varetage rollen som kontaktperson, ud over det ansvar, der følger af kontaktpersonens formelle uddannelse og faglige ansvar. Spørgsmålet er, om kontaktpersonen kan pådrage sig ansvar for mangler i koordineringen af et patientforløbet, som kontaktpersonen ikke personligt har været direkte involveret i. Som eksempel kan nævnes det ansvar en kontaktperson på stamafdelingen har for patientens besøg på røntgenafdelingen, i laboratoriet eller lignende.

I afsnit 2.4 hedder det, at "kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet...". Her foreslås i stedet formuleringen "kontaktpersonen får et særligt ansvar for at medvirke til sammenhæng i patientforløbet...". Det hænger sammen med at kontaktpersonen ikke nødvendigvis har beføjelser til at sikre en sådan sammenhæng.

Det ønskes indført i bemærkningerne at det i psykiatrien i sjældne tilfælde kan fraviges at udleverer kontaktpersonens fulde navn, såfremt det skønnes at dette er nødvendigt af hensyn til personsikkerhed.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår, at der er tale om et tilbud til patienten, og at den enkelte patient kan frabede sig at få udpeget en kontaktperson.

Det fremgår dog ikke af bemærkningerne, om patienten kan afvise den konkrete kontaktperson eller om det kun er funktionen, der kan afvises, og hvis det er en konkret *person*, som kan afvises, er hospitalet så forpligtet til at tilbyde en ny kontaktperson?

Hvis patienten kan afvise funktionen, ses der vanskeligheder i den måde eksempelvis den psykiatriske behandling er organiseret på, idet den bygger på, at enhver patient har en kontaktperson inden for plejepersonalet og en ansvarlig læge, og hvis patienten kan afvise en konkret *person*, hvordan skal hospitalet så forholde sig til det.

Finansiering

Side 8

Danske Regioner tager forbehold for ministeriets estimat på kr. 20 mio. årligt til regioner i forbindelse med fuld implementering af kontaktpersonordningen.

Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Patienter og pårørendes rapportering

Patienter og pårørendes ret til at rapportere utilsigtede hændelser, vil med sandsynlighed belyse nye sider af patientsikkerhedsarbejdet og være med til at højne dette. Hvis potentialet for ny viden og læring fra patienter og pårørendes iagttagelser skal realiseres, er det væsentligt at rapportering indføres samtidig i hele sundhedsvæsenet og at oplysningsarbejdet i forbindelse hermed prioriteres i højere grad end lovforslaget på nuværende tidspunkt gør.

Lovforslaget sigter på at patienter og pårørende skal kunne rapportere til sekundærsektoren fra starten af 2009, mens introduktionen vil finde sted senere i primærsektoren.

Danske Regioner anbefaler, at udvidelsen vedr. rapportering fra patienter og pårørende træder i kraft fra første halvår af 2009 for både apoteker, det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Hvis man ikke indfører rapportering i primær- og sekundær sektor samtidig risikerer man at sende det signal, at nogle patienters oplevelser er vigtigere end andres. Patienterne vil sandsynligvis finde det usammenhængende at det eksempelvis er muligt at rapportere en fejl i en recept, der blev udleveret i ambulatoriet men ikke den udleveringsfejl, der skete på apoteket.

Det er i lovforslaget uklart, under hvilke forudsætninger hospitalspersonalet har pligt til at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere en hændelse til databasen.

Der foreligger et stort oplysningsarbejde for alle niveauer; lokalt, regionalt og nationalt i at forklare forskellen mellem rapportering i et konfidentielt system og klager. På sygehusene vil bl.a. vejlederfunktionen skulle tilføres ressourcer som følge af dette arbejde. Der er dog også brug for at ministeriet og styrelsen tager et større ansvar i forbindelse med oplysning end beskrevet i lovforslaget.

Danske Regioner anbefaler at der udarbejdes national information vedr. patientsikkerhed fx i form af en kampagne eller anden information målrettet patienter og pårørende.

Danske Regioner anbefaler endvidere, at andre muligheder end elektronisk rapportering fra patienter og pårørende afprøves koordineret i forsøget på at opnå så stor udbredelse af patient/pårørende rapportering som mulig.

Danske Regioner er tilfreds med, at loven ikke giver patienter aktindsigt i patientsikkerhedssager eller stiller krav til feedback til patienter og pårørende, der rapporterer hændelser. En sådan bestemmelse vil dog næppe friholde sundhedsvæsenet for dialog med borgerne om de sager de har rapporteret, da erfaringen viser, at forsikringen om, at en hændelse har ført til læring og evt. ændrede procedurer er meget vigtig for patienter eller pårørende, der har oplevet utilsigtede hændelser. Der bør derfor arbejdes med en feedback til patienterne, eksempelvis i form af offentliggørelse af rapporteringen til regionsrådene. I nogle tilfælde vil det også være relevant eller nødvendigt at inddrage patienter eller pårørende i analysearbejdet.

Afgrænsninger af rapporteringspligten og beskyttelse af rapportører

Lovforslagets begrænsning af rapporteringspligten for de nye grupper til 'betydende hændelser' kan give anledning til usikkerhed blandt personale i alle sektorer om hvilke hændelser der skal rapporteres.

Da Lov om Patientsikkerhed trådte i kraft i 2004 var der relativt hurtigt enighed om, at alle hændelser skulle rapporteres og at personalet godt kan definere en utilsigtet hændelse. Erfaringerne fra sygehusene viser desuden, at der er læringspotentiale i hændelser, der ikke er alvorlige, og at de bidrager med informationer, der kan forebygge alvorlige hændelser.

Danske Regioner anbefaler, at definitionen 'betydende' fjernes fra lovforslaget. Det er væsentligt at der gælder ens regler for hele sundhedssektoren, da ulige regler vil skabe problemer mellem sektorerne.

Danske Regioner ser i forlængelse heraf gerne, at der i rapporteringssystemet er fokus på hændelsesbeskrivelserne og opfølgningen på hændelserne, og i mindre grad på fx hændelsesklassifikation og hændelsens alvorlighed.

Danske Regioner anbefaler endvidere at kategoriseringen af hvilke hændelser, der til en start skal rapporteres i primærsektoren fjernes. Denne anbefaling bygger bl.a. på at der med loven er fokus på sektorovergange.

Det nævnes eksplicit, at de ”øvrige personer, der pålægges rapporteringspligt”, beskyttes af loven mod disciplinære foranstaltninger. Dermed er det uklart hvordan loven forholder sig til beskyttelse af andre personer end de nævnte, der måtte rapportere. Danske Regioner anbefaler at teksten forenkles og at det i stedet formuleres, at rapportører generelt, uanset hvem de måtte være, er beskyttede mod disciplinære foranstaltninger pga. rapporteringen i sig selv.

Organisering og samarbejde

Danske Regioner finder, at lovforslagets fokus på regionernes ret til selv at organisere sig er væsentligt idet det er afgørende for succesfuld implementering at dette finder sted i sammenhæng med de regionale forhold herunder samarbejdet med kommuner, praksissektor og apoteker.

Dette skal dog ikke kunne begrunde, at det nødvendige arbejde med at etablere en adækvat organisation for hver af parterne negligeres. Det er Danske Regioners holdning, at en effektiv udbredelse i en diversificeret praksissektor præget af hundreder af enheder i hver region, i mange tilfælde med en eller meget få medarbejdere, stiller krav til nye metoder og redskaber til analyse af hændelser og læring og til konsulentfunktioner fra regionerne.

Det fremgår af lovforslaget at regionerne har ansvaret for at modtage, analysere og følge op på utilsigtede hændelser, der involverer sygehuse, praksissektoren og apoteker. En lang række hændelser finder sted i sektorovergangene imellem praksissektoren og kommuner og i sektorovergangene imellem apoteker og kommuner. Disse hændelser skal regionerne modtage, analysere og følge op på. Dette kræver at kommunerne stiller kvalificeret personale til rådighed i forbindelse med analyse og opfølgning, hvis der skal udtrages læring af i sektorovergangene.

Danske Regioner anbefaler på baggrund af ovenstående at lovforslaget i højere grad end på nuværende tidspunkt understreger det ansvar der ligger hos de enkelte behandlergrupper i praksissektoren, hos kommunerne og på apotekerne til at:

- Iværksætte en organisering, der kan løfte opgaven herunder samarbejde om utilsigtede hændelser i sektorovergange.
- Arbejde aktivt med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed herunder læring, videndeling og ændring af daglig praksis.

Danske Regioner anbefaler endvidere, at lovforslaget i højere grad præciserer, at de enkelte kommuner har et ansvar i forbindelse med analyse og op-

følgning i forhold til utilsigtede hændelser i sektorovergange der involverer kommuner.

Side 11

I forhold til at indgå aftaler med behandlergrupper i praksissektoren er det Danske Regioners holdning, at rapportering af hændelser er en del af det nødvendige kvalitetsarbejde i praksissektoren. Som et generelt princip finder Danske Regioner, at der ikke bør kunne indgås aftaler, der honorerer rapportering af utilsigtede hændelser. Derimod kan der blive tale om honorering for deltagelse i læring og analysearbejde.

Dansk Patient Sikkerheds Database

Effektueringen af udvidelsen af loven forudsætter i Danske Regioners øjne, at den database, som der skal rapporteres og ikke mindst sagsbehandles i, fungerer fra lovens ikrafttrædelse. Dette var ikke tilfældet med den første version af databasen i 2004, hvilket betød store omkostninger og udfordringer for regionerne. Implementeringen og succesen ved udvidelse til primærsektoren og patienter og pårørende og den videre udvikling af patient-sikkerhedsarbejdet på sygehusene afhænger i høj grad af udvikling og funktionalitet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) version 2. Danske Regioner anbefaler at funktionaliteten og driften af DPSD-2 testes grundigt i regioner, praksissektor og kommuner før ikrafttrædelse.

Danske Regioner forudsætter at rapportering sker via samme portal for alle, for at undgå forvirring, og at hændelserne efter rapportering visiteres automatisk via sks eller SOR til rette modtagende instans: region eller kommune.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger/temarapporter

Det er Danske Regioners forventning, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på baggrund af de rapporterede hændelser fremover i højere grad afstemmes med nationale initiativer og anbefalinger som eksempelvis Den Danske Kvalitetsmodel og Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer. Danske Regioner forventer desuden, at regioner og kommuner inddrages i udarbejdningen af temarapporter, som et minimum at rapporterne gennemgår en høringsproces i regioner og kommuner forud for offentliggørelse.

Udveksling af personoplysninger

Det indgår som en del af lovforslaget, at regionsrådene og kommunalbestyrelserne får adgang til at videregive rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, uden samtykke fra de pågældende. Apotekervæsenet er i lovforslaget selvstændigt nævnt i flere sam-

menhænge, men er ikke specifikt omtalt i forbindelse med udveksling af personoplysninger. Danske Regioner anbefaler at det præciseres, at den nødvendige udveksling af personoplysninger også omfatter apoteker.

Det er endvidere uklart, hvornår oplysninger om rapportøren *ikke* må videregives. If § 200 stk. 1 er lovligt at udveksle oplysninger om rapportør inden for regionen ”til den personkreds, der i regionen varetager opgaver i henhold til § 198, stk. 1”. I forlængelse heraf bør det præciseres, hvad sektorovergange er. Handler det kun om overgange mellem kommune og region, eller er det også sektorovergange mellem eksempelvis praksis- og sygehussektor og mellem apoteks- og sygehussektor. Selv om apotekssektoren og praksissektoren rapporterer til regionen ligesom sygehusene, er de så omfattet af, at de ikke må videregive oplysninger om rapportøren til hinanden?

Finansiering

Danske Regioner tager forbehold for ministeriets estimat på 19 millioner kroner til regioner og kommuner i forbindelse med udvidelse af lov om patientsikkerhed.

På baggrund af erfaringerne med regionernes ressourceforbrug til håndtering af det nuværende rapporteringssystem samt ovenstående kommentarer ift. den planlagte udvidelse, er der behov for betydelig flere økonomiske midler end de anførte 19 millioner kroner.

Der vil være merudgifter forbundet med visitering, analyser og opfølgningen på rapporteringer fra praksissektoren, apoteker og patienter/pårørende. Desuden vil dette afhænge af de krav til dokumentation m.v. som lovforslaget medfører, funktionaliteten af Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) version 2 samt af, hvor mange hændelser der rapporteres.

Der vil endvidere være merudgifter forbundet med uddannelse, udvikling af metoder og redskaber til analyser af utilsigtede hændelser i praksissektoren og fra apoteker.

Rapporteringsadgangen for patienter og pårørende vil give et øget ressourceforbrug både direkte hos klinikerne og mere centralt i regionen, som følge dels af omsorg for patient og pårørende og vejledning i brug af rapporteringssystemet og forskellen til det sanktionerende system, dels i forbindelse med sager, hvor en patienten skal høres før, under og efter en analyse og ikke mindst i forbindelse med tilbagemeldinger til patienter/pårørende.

Ressourceforbruget afhænger endvidere af de aftalemæssige forhold, diverse samarbejdsfora og i høj grad af organiseringen i kommuner, praksissektoren og apoteker.

Lovforslaget vil betyde et øget ressourcetræk på regioner og hospitaler – administrativt samt klinisk. Det er helt afgørende for en succesfuld implementering, at der allokeres tilstrækkelige ressourcer til opgaverne hvis udvidelsen til hele sundhedsvæsenet skal blive en succes, hvor læring og videnuddeling finder sted lokalt, regionalt og nationalt.

Udvidet adgang til Medicinprofilen

Danske Regioner er positive overfor, at der med lovforslaget skabes rammer for etablering af et opdateret, enstrengt informationsgrundlag for den enkelte borgers medicinanvendelse. Lovforslaget skaber mulighed for integrering af medicinprofilens oplysninger i de elektroniske journalsystemer i begge sektorer, hvilket må anses som en nødvendig betingelse for informationernes anvendelse i daglig praksis. Det er vigtigt, at systemet udarbejdes, så det kan håndtere de særlige krav, der er vedrørende dosisdispensering. Fx skal systemet kunne håndtere seponeringsrecepter, når et lægemiddel ikke længere skal dosispakkes til borgeren.

Lovforslaget indeholder en bemyndigelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at opstille formkrav til indberetninger i Medicinprofilen. Danske Regioner forventer i lighed med tidligere at blive inddraget i udarbejdelsen af disse formkrav til fremsendelse og indholdet af elektroniske recepter m.v.

Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne

Danske Regioner finder, at lovforslaget lægger op til en fornuftig arbejdsdeling mellem de generelle, sundhedsmæssige behandlingstilbud i praksissektoren i regionerne og de lokale, kommunale tilbud om træning m.v. til ældre og handicappede. Der er valgt en løsning, som fjerner mulige incitamenter til "kassetænkning" og samtidig sikrer sammenhæng mellem behandlingstilbuddene i sundhedssektoren. Med den udtalte grad af valgfrihed sikres det også, at patientens behov og ønsker sættes i centrum, ligesom valgfrihed skaber rum for en sund konkurrence mellem tilbuddene i praksissektoren og i regioner og kommuner. Denne konkurrence kan potentielt

bidrage til at øge fokus på patienternes ønsker og behov og sætte patienten i centrum.

Side 14

Danske Regioner er især enig i, at den almindelige fysioterapi med egenbetaling fastholdes i praksissektoren under regionernes myndighedsansvar. Almindelig fysioterapi indgår i det samlede patientforløb og skal ses i sammenhæng med de øvrige behandlingstilbud i sygehus- og praksissektoren. Når fysioterapipraksis bevares i regionalt regi på linje med den øvrige praksissektor sikres samtidig, at den proces i retning af øget faglig udvikling og kvalitetssikring af praksissektoren bl.a. via øget brug af IT og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel, som er påbegyndt og planlagt til at finde sted i de kommende år, også kommer til at omfatte de klinikker, som drives af praktiserende fysioterapeuter.

Danske Regioner kan også tilslutte sig, at myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi overgår til kommunerne. Det giver både faglig og økonomisk god mening at samle ansvaret for vederlagsfri vedligeholdelsestræning af handicappede og personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne på samme myndighed, ligesom der kan være en synergi for kommunerne i at få medansvar for den indsats, der ydes i fysioterapipraksis. Danske Regioner vil prioritere højt at bidrage til at få etableret og konsolideret det samarbejde mellem regioner og kommuner bl.a. via sundhedsaftaler, som bliver en forudsætning for fortsat vellykket drift og udvikling af det samlede fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren. Derfor ønsker Danske Regioner at det præciseres i bemærkningerne til lovforslaget, s. 34, 6. afsnit, at planlægning og kapacitetsstyring vedr. praktiserende fysioterapeuter fremover ikke udelukkende vil være en kommunal opgave på området for vederlagsfri fysioterapi, men en fælles opgave for regioner og kommuner. Regionerne ønsker i den forbindelse fremover også at bidrage til, at behovet for geografisk dækning i kommunale nærområder tilgodeses.

På praksisområdet er der med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) etableret en konstruktion, hvor de tre offentlige parter: staten, kommunerne og regionerne, har ansvaret for at gennemføre de overenskomstforhandlinger, der regulerer praksissektoren.

Danske Regioner finder, at det af hensyn til sammenhæng og koordination i behandlingen af en patient er nødvendigt med et lokalt samarbejde mellem region og kommuner i regionen. Derudover er det hensigtsmæssigt, at der på interesseorganisationsniveau – altså Danske Regioner og KL – er sikret samarbejde om planlægning, koordination og udvikling af den samlede

praksissektor. På den baggrund er Danske Regioner enig i, at det fortsat bør være RLTN, der indgår overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for de pågældende ydelser. Den foreslåede model, hvor beslutninger, der vedrører vederlagsfri fysioterapi, giver KL's medlemmer i nævnet 3 stemmer hver, synes fornuftig, idet det fremover vil være KL, der skal afholde samtlige udgifter til behandlingen af patienter, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi.

Dog skal Danske Regioner gøre opmærksom på, at Landsoverenskomsten om vederlagsfri fysioterapi i vidt omfang henviser til de generelle regler om ydelser m.v. i Landsoverenskomsten om Fysioterapi. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt at operere med to forskellige forhandlingsdelegationer og sekretariater i forbindelse med fremtidig fornyelse af overenskomsterne med Danske Fysioterapeuter, som det foreslås i afsnit 2.7.2.3. i bemærkningerne. I stedet foreslås, at spørgsmålet om forhandlingsdelegation drøftes i RLTN, herunder det sekretariatsmæssige samarbejde mellem KL og Danske Regioner, afhængig af den konkrete forhandlingsopgave (om der er tale om forhandling af både vederlagsfri og almindelig fysioterapi, eller kun et af disse områder).

Lovforslaget er uklart med hensyn til placering af planlægningskompetencen på fysioterapiområdet. I det omfang opgaverne fortsat skal varetages af de samme praktiserende fysioterapeuter, må planlægningen af henholdsvis vederlagsfri og tilskudsberettiget fysioterapi nødvendigvis skulle være tæt koordineret. Lovforslagets bemærkninger s. 18 indicerer, at kommunerne selvstændigt skal kunne regulere antallet af ydernumre til vederlagsfri fysioterapi. Dette forekommer uigennemtænkt i forhold til overenskomstens nuværende planlægningsbestemmelser, og der synes ikke at være intention om at ændre disse.

Foreningen mener, at kommunernes mulighed for at vælge at lade den vederlagsfri fysioterapi varetage i kommunale institutioner, indebærer risiko for, at praktiserende fysioterapeuter i nogle kommuner efterlades med en betydelig overkapacitet, hvilket kan medføre stigende aktivitet for den tilskudsberettigede fysioterapi. Dette kan helt eller delvis opvejes af den udvidede adgang til vederlagsfri fysioterapi for patienter med forudsigeligt tab af funktionsevne, men kun hvis denne behandling i de samme områder placeres hos praktiserende fysioterapeuter. Der vil være behov for at følge udviklingen på området tæt. Der kan i nogle kommuner vise sig behov for at reducere kapaciteten hos praktiserende fysioterapeuter. Det bør i lovforslaget tages højde herfor, således at kommuner, der i betydeligt omfang vælger

selv at varetage den vederlagsfri fysioterapi, tillægges et medansvar for de økonomiske konsekvenser af at gennemføre en kapacitetsreduktion hos praktiserende fysioterapeuter.

Endelig bemærker Danske Regioner, at vederlagsfri fysioterapi til svært bevægelseshæmmede udgør langt hovedparten af behandlingen på områderne ridefysioterapi og Teddy Øfeldts træningscenter, hvorfor det af hensyn til de administrative omkostninger kunne overvejes at lade hele myndighedsansvaret for disse områder overgå til kommunerne.

Bemærkninger af teknisk karakter

Flytningen af myndighedsansvaret giver kommunerne myndighedsansvaret for den del af praksissektoren, som vedrører vederlagsfri fysioterapi. Regionerne bevarer myndighedsansvaret for den tilskudsberettigede fysioterapi. Dette fremgår klart af afsnit 2.7.2.1 i bemærkningerne.

Ifølge lovforslagets § 140a, stk. 2 kan ”kommunalbestyrelsen herudover tilbyde behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi sning...” I det lovforslag, der blev sendt i høring i efteråret 2007 fremgik imidlertid af samme bestemmelse, at ”kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde *vederlagsfri* behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi sning...” Tilsvarende er ordet ”Vederlagsfri” udgået af nr. 1 i ændringslovforslagets § 2: nyt nr. 4) i § 6 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Det synes ikke at fremgå af lovforslagets bemærkninger, at man i forhold til det oprindelige lovforslag har ønsket at udvide kommunalbestyrelsens muligheder for at tilbyde fysioterapeutisk behandling på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

Danske Regioner forudsætter derfor, at der er tale om en fejl i lovforslaget. Såfremt man faktisk har ønsket at udvide kommunalbestyrelsens muligheder forventer Danske Regioner at blive orienteret herom og forbeholder os i den forbindelse retten til at komme med yderligere bemærkninger.

Bemærkninger af praktisk karakter

Danske Regioner finder det afgørende for en smidig gennemførelse af ændringen, at kommunerne forpligtes til meget hurtigt at tage konkret stilling til arbejdsdeling, samarbejdsstruktur m.v. efter overtagelsen af nye opgaver vedrørende vederlagsfri fysioterapi, samt om deres eventuelle ønsker m.h.t.

regionens varetagelse af afregningsfunktionen for vederlagsfri fysioterapi på kommunens vegne.

Side 17

Det bør endvidere hurtigst muligt afklares, om der fortsat skal varetages en kontrolfunktion vedrørende ydelsesniveauet i den vederlagsfri fysioterapi, og i givet fald hvem der skal varetage den, og om tidligere besluttede højestegrænser fortsat vil have gyldighed.

Ydermere efterspørges en tilkendegivelse om, hvorledes de kompetencer, der i fysioterapioverenskomsten er tillagt de regionale samarbejdsudvalg, skal håndteres for så vidt angår den vederlagsfrie fysioterapi, herunder bl.a. behandling af serviceklager. I lovforslagets bemærkninger s. 19 indiceres, at man forestiller sig et fælles samarbejdsudvalg mellem regioner, kommuner og fysioterapeuter.

Vedrørende den nye gruppe patienter i ”den 3. vej”

Danske Regioner savner endvidere ministeriets stillingtagen til, om den nye gruppe patienter med progressiv sygdom, som kan modtage vederlagsfri fysioterapi primært i form af holdtræning, også skal kunne henvises til ridefysioterapi.

Danske Regioner finder det rimeligt ud fra et administrativt synspunkt, at den nye gruppe patienter i udgangspunktet kan henvises til holdtræning, og at der stilles krav om en undtagelsesredegørelse såfremt patienten henvises til individuel, vederlagsfri behandling i begrænset omfang.

Frit valg

For så vidt angår bemyndigelsen til at udstede regler om frit valg på fysioterapiområdet i henhold til § 140 a, stk. 3 skal Danske Regioner bemærke, at hvis den anvendes til at udvide patientens ret til frit valg vedrørende genoptræning, så forudsætter det, at det fortsat er et kommunalt ansvar at sikre sammenhængen i patientbehandlingen samt at det kun angår den almindelige genoptræning.

Graduering af plejehjemstilsynet

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

Det nationale forebyggelsesråd

Danske Regioner finder det positivt og naturligt at samle ressourcerne omkring forebyggelsesindsatsen i ét råd. Regionerne har en omfangsrig viden i forhold til forebyggelsesindsatsen, hvorfor det vil være gavnligt for den samlede forebyggelsesindsats, hvis det nationale forebyggelsesråd indgik et formaliseret samarbejde med regionerne vedrørende forebyggelse.

Det anbefales endvidere, at forebyggelsesrådet udarbejder en arbejdsplan med udgangspunkt i afrapporteringen fra den nyligt nedsatte Forebyggelseskommission.

Derudover skal det anbefales, at rådet med henblik på bl.a. at fastholde politisk fokus på rådets arbejde afgiver en beretning til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse hvert andet år og ikke hvert tredje år, som der er foreslået i § 223, stk. 2.

Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud til medicin

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler i den lægelige behandling for stofmisbrug

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

Adgang for autoriserede sundhedspersoner til frivillig indskrænkning af deres virksomhedsområde

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

vedt. ✓

Lis Flødstrup

Fra: Grethe Johannesen på vegne af Sundhedsministeriet
Sendt: 22. februar 2008 12:53
Til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: VS: Høringssvar
Vedhæftede filer: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse - 22.02.08.doc

Fra: Jytte Wulff Sørensen [mailto:jws@aeldremobiliseringen.dk]
Sendt: 22. februar 2008 12:51
Til: Sundhedsministeriet
Emne: Høringssvar

Som en vedhæftet fil følger hermed høringssvar vedr. j.nr. 2006-12000-122.

Med venlig hilsen

Jytte Wulff Sørensen

Sekretær

Ældremobiliseringen

Suomisvej 3

DK-1927 Frederiksberg C

Tlf. 3535 2699 ----- e-mail: js@aeldremobiliseringen.dk

SUM REGSU J.nr. *2006-1200-122*

25 FEB. 2008

akt 202



Ældremobiliseringens sekretariat Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44
www.aeldremobiliseringen.dk

22. februar 2008

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høring over udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusefællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer. J.nr. 2006-12000-122

Ældremobiliseringen har den 6. februar 2008 modtaget ovennævnte til høring. På grund af den forholdsvis korte høringsfrist, har Ældremobiliseringen valgt snævert at se på de forhold, der direkte vedrører ældreområdet.

Forslagene indeholder en række forbedringer for borgerne, hvilke vi finder meget positivt.

Ældremobiliseringen finder, at det er en naturlig udvikling, at "aflysning" og "diagnostiske undersøgelser" nu inddrages i ordningen med frit valg og udvidet frit valg, da det i lige så høj grad er i disse situationer, som i behandlingssituationerne, at borgeren kan have behov for ordningen.

Ligeledes anser vi den øgede adgang til medicinprofilen som en naturlig og nyttig udvikling, der kan være med til at øge sikkerheden omkring medicinering, samt lette hverdagen for sundhedspersonalet. Vi finder dog, at man i speciel grad på dette område fortsat skal være opmærksom på sikkerheden, når oplysningerne videregives.

Vedr. gradueret plejehjemstilsyn har Ældremobiliseringen ingen bemærkninger til, at man omlægges ressourceanvendelsen, således at problemfrie plejehjem ikke får tilsyn så ofte. Dette bør dog ikke blive en "sovepude", idet de seneste års afsløringer på institutionsområdet dog har vist, at der er behov for løbende at føre tilsyn med og uddanne såvel ledelse som personalet på institutionerne. Ligeledes skal det bemærkes, at tilsynsrapporter, der er udarbejdet godt, gerne skulle danne baggrund for diskussion og en faglig udvikling af plejehjemmet.

Med venlig hilsen

Gitte E. Olsen
Sekretariatschef

CVR 26 13 90 31 Bank 53 01-09 12 356 Giro 16 89 14 36

Ældremobiliseringen består af: Sammenslutningen af Pensionistforeninger i Danmark - Den fynsk/jyske Sammenslutning af Pensionistforeninger - Omsorgsorganisationernes Samråd - LO Faglige Seniorer og Pensionisternes Samvirke

vedl. ✓

Lis Flødstrup

Fra: Grethe Johannesen på vegne af Sundhedsministeriet
Sendt: 22. februar 2008 12:46
Til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: VS: Høringssvar sundhedsloven
Vedhæftede filer: sundhedslov rapporteringsystem.doc

Fra: Britt Wendelboe [mailto:britt.wendelboe@regionh.dk]
Sendt: 22. februar 2008 09:37
Til: Sundhedsministeriet
Cc: Helle Borg Larsen; Helle Borg Larsen
Emne: Høringssvar sundhedsloven

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Hermed fremsendes høringssvar fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Mvh.

Britt Wendelboe
Kontorchef
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Tel: +45 3632 6030
Hvad er patientsikkerhed? Klik her: http://redliv.dk/lyt_til_os_webfilm/lyt_til_os.swf

SUM REGSU J.nr. *2006-1200-122*

22 FEB 2008

akt 201

22-02-2008



Dansk Selskab for

Patientsikkerhed

20. Februar

2008

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10 – 12
1216 København K

Høringssvar Udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven – udvidelse af Patientsikkerhedsordningen

Dansk Selskab for Patientsikkerhed bakker op om formål og grundlæggende principper i lovforslagets udvidelse af patientsikkerhedsordningen. Det er godt, at der nu bliver skabt en juridisk ramme for arbejdet med patientsikkerhed i den primære sundhedssektor og ved sektorskift samt, at patienternes viden inddrages i dette arbejde.

Efter en succesfuld implementering af rapporteringssystemet i sygehussektoren, kan det ud fra et centralt perspektiv virke som en selvfølge, at rapportering ikke medfører sanktioner, og at der arbejdes systematisk med læring af fejl og utilsigtede hændelser.

Ved etablering af et system i primærsektoren skal der bruges megen opmærksomhed på at få meldt dette budskab klart ud på ny, hvilket ikke mindst er vigtigt, da mange hændelser sker på tværs af aktørgrupper i primærsektoren.

Primærsektoren kendetegnes også ved, at en del arbejde foregår i patienternes eget hjem, og er alenearbejde. Derfor er der sjældent en kollega at sparre med, der kan korrigere eller være opmærksom på usikre handlinger eller procedurer. For at forebygge eller erkende og herefter rapportere utilsigtede hændelser skal den enkelte medarbejder være klar over, at der er et sikkerhedsproblem. Dette nødvendiggør en høj grad af sikkerhedsbevidsthed hos den enkelte og stor åbenhed i organisationen, for at fremme den ønskede læringskultur.

Selskabet skal derfor opfordre til, at man ikke underkender omfanget af den meget store implementeringsopgave, det bliver at skabe et velfungerende rapporteringssystem i den primære sundhedssektor og ved sektorskift.

Samtidig skal Selskabet henlede opmærksomheden på, at lovforslaget i sin nuværende formulering kan give anledning til misforståelser ift. lovens afgrænsning. Selskabet går ud fra at rapporteringssystemet gælder hele sundhedsvæsenet uanset ansættelsessted og institutionsform. Selskabet skal opfordre til, at det bliver kommunikeret tydeligt, at rapporteringssystemet fremover gælder hele sundhedsvæsenet herunder også plejehjem og hele den præ-hospitale indsats så som ambulancer og alarmcentraler, der ikke er nævnt specifikt i lovens nuværende ordlyd.

Lovforslaget giver også mulighed for at patienter kan rapportere utilsigtede hændelser. Der er god grund til at fremme inddragelse af patienter og pårørendes viden. Adspurgte oplever 20% af patienterne, at der er sket fejl, medens de var indlagt på et sygehus, og ca. 60% af disse opdagede selv fejlen. Samtidig ved vi, at patienter og pårørende er kilde til en anden viden om behandlingsforløb og hændelser end personalet. Endvidere ved vi fra pilotprojekt om patientrapportering i det tidligere HS, at det er relevante oplysninger, patienter bidrager med, og endelig ved vi, at patienter lægger vægt på, der sker læring af fejlene, så en gentagelse kan forhindres.

Man kan endvidere håbe, at et patientrapporteringssystem kan fungere som redskab for en kulturudvikling i sundhedsvæsenet, som fremmer patientinvolvering generelt samt en konstruktiv dialog og opfølgning imellem patienter og personale, når der er sket en utilsigtet hændelse. Vi ved, at omkring en tredjedel af patienter, som udsættes for en skadevoldende hændelse ikke mener, der bliver fulgt godt nok op herpå.

Det er derfor et dårligt signal – og kan for patienter og pårørende være forvirrende - når lovforslaget lægger op til, at man ikke vil involvere patienter i patientsikkerhedsarbejdet i den primære sundhedssektor fra start.

Det er også bekymrende at lovforslaget virker uambitiøst i tilgangen til implementering af patientrapporteringssystem, hvilket eksempelvis giver sig udtryk i, at der ikke specifikt afsat ressourcer hertil.

Der ligger en stor kommunikationsopgave i succesfuld implementering forude:

- Borgerne skal informeres om, at man nu ønsker, de deler deres viden om uhensigtsmæssige forhold, samtidig med at de skal forblive trygge ved sundhedsvæsenet.
- Det skal være let at finde ud af hvordan man kan rapportere – og at forstå forskellen til klagesystemet og patientforsikringen.
- Det skal sikres at personalet og sundhedsvæsenet forstår at modtage og anvende den viden som patienter og pårørende bliver kilde til.

Kommentarer til § 199:

Ifølge forslagets bemyndiges Sundhedsstyrelsen til at fastsætte nærmere regler for hvilke utilsigtede hændelser der skal rapporteres. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at Sundhedsstyrelsen i første omgang vil begrænse dette til *betydende hændelser*. Selskabet mener denne begrænsning er unødvendig og kan give anledning til forvirring. For det første må det forventes, at en person, som rapporterer, kun foretager sig denne handling, når personen selv mener, det er betydningsfuldt. For det andet vil begrænsningen kunne give anledning til en del administrativt arbejde i fortolkning og vejledning af, hvad der er *betydende hændelser*.

Ifølge forslaget bemyndiges Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler om, i hvilken form rapporteringen fra patienter og pårørende mv. skal ske. Ifølge forslaget forventes rapporteringen som udgangspunkt at skulle ske i elektronisk form. Det skal hertil bemærkes, at i de tilfælde, hvor patienter ikke finder det muligt at rapportere elektronisk, skal det være muligt for patienterne personligt, skriftligt eller telefonisk at kontakte sundhedsvæsenet med henblik på at få hjælp til at rapportere. Samme problemstilling gælder i øvrigt for den primære sundhedssektor, hvor der også er forskel i adgang til elektroniske systemer.

Endvidere kræver rapportering via en elektronisk formular, at rapportøren er i stand til at formulere sig skriftligt. Det er ikke sikkert, patienter, pårørende og alt personale i sundhedssektoren kan leve op til dette. Fra udlandet, bl.a. Australien, har man overordentlig gode erfaringer med telefonisk rapportering, hvor rapportøren ringer op til en medarbejder, der på baggrund af rapportørens fortælling udfylder og indsender rapporten. Erfaringerne viser, at en sådan telefonlinie ikke nødvendigvis er særligt ressourcekrævende. Den kan fx bemannes af medarbejdere, der har mulighed for at tage imod rapporter ind i mellem deres øvrige arbejdsopgaver.

Kommentar til §201:

Ifølge forslaget sikres personer, der pålægges en rapporteringspligt en beskyttelse mod disciplinære foranstaltninger. Det foreslås at ændre dette til at *Rapportøren kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og...* Baggrunden herfor er, at det vil være hensigtsmæssigt, at alle der arbejder i sundhedsvæsenet – uanset profession – rapporterer hændelser som de måtte blive opmærksom på. Et eksempel herpå kunne være en vicevært på et plejehjem.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed stiller sig gerne til rådighed for yderligere oplysninger og tilbyder sin kompetence ift. forberedelse af implementering af loven.

Afslutningsvis skal det oplyses, at nærværende høringssvar alene har forholdt sig til den del af lovforslaget som omhandler udvidelse af patientsikkerhedsordningen.

Med venlig hilsen

Britt Wendelboe,
Dansk Selskab for Patientsikkerhed